

## КЛІНІЧНА ОЦІНКА КОНСЕРВАТИВНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ЧОВНОПОДІБНОЇ КІСТКИ

*Єфремов М.А., студ.*

*Науковий керівник - Бабич В.А.*

*СумДУ, кафедра ортопедії, травматології та НС*

**Вступ.** Згідно літературних даних на переломи кісток кисті припадає від 11 до 35 % від всіх переломів скелета. Лише 1-1.2% припадає на переломи зап'ястка, але від 50 до 80 % цих переломів – це перелом човноподібної кістки. З них: через горбик 17-20%, через дистальну третину 10-12%, через середню третину 66-70%, горизонтальний косий перелом 13-14%, вертикальний косий 8-9%, поперечний перелом 45-48%, перелом через проксимальний полюс 5-7%. Виділяють внутрішньосуглобові переломи-відрив горбка та позасуглобові- всі інші переломи човноподібної кістки. Методом лікування переломів цієї кістки без зміщення фрагментів є консервативний з накладанням циркулярної гіпсової пов'язки, яка фіксує променево-зап'ясний суглоб та перший палець кисті. Сроки консолидації таких травм складають 9-12 тижнів. Консервативне лікування приносить гарні результати у більшості випадків, тим самим уникаючи оперативного втручання, яке проводиться у випадку: незрощення, нестабільних переломів, «горбовидної» деформації, човноподібно-напівмісяцевого зміщення під кутом більше 60 ° та несправжнього суглобу човноподібної кістки.

**Мета роботи:** оцінка клінічної ефективності основних практичних засобів консервативного методу лікування переломів човноподібної кістки.

**Матеріали і методи:** були досліджені та проаналізовані результати лікування 26 пацієнтів з переломами човноподібної кістки, які лікувалися в стаціонарі ортопедо-травматологічного відділення №2 КУ СМКЛ №1. Під час аналізу використовувалися амбулаторні карти, історії хвороб, протоколи операцій та рентгенограми, виконані на різних етапах лікування.

**Результати та їх обговорення.** За 2012 рік в умовах ортопедо-травматологічного відділення № 2 КУ СМКЛ №1 було проліковано 26 хворих з переломами човноподібної кістки, всі переломи закриті. 25 поступили в плановому порядку, а 1-ургентно.

У всіх випадках була проведена спроба одномоментної закритої ручної репозиції з наступним накладанням циркулярної гіпсової пов'язки, яка фіксує променево-зап'ясний суглоб і перший палець кисті. Процес зростання контролюється рентгенограмами, які виконуються на кінець 10-12 тижня. У 50-60 % випадків зрощення поверхонь човноподібної кістки не відбувається, тому 12 пацієнтів з 26 були направлені на планове оперативне лікування, а саме: остеосинтез кісткових фрагментів сталним винтом або шпильками Кіршнера. Сроки іммобілізації кінцівки після оперативного втручання тривали не менше 8 тижнів.

**Висновки:** в результаті проведених досліджень було встановлено, що при переломах човноподібної кістки обов'язковою є закрита репозиція уламків, яка зменшує больовий синдром при значному зміщенні уламків, допомагає в консолидації перелому та полегшує оперативне втручання, яке може бути показане при ускладненнях переломів цієї кістки. У 50% відсотків хворих після репозиції та накладання циркулярної гіпсової пов'язки на рентгенограммах не було ознак зрощення через 10-12 тижнів, тому таким хворим було проведене оперативне втручання, основним його методом був остеосинтез винтом або шпильками Кіршнера. Вчасна діагностика незрощення та проведення оперативного втручання зводять нанівець ризик утворення несправжнього суглобу в місці перелому та проведення кісткової пластики при некрозі уламка.